RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Programmes d'aide matérielle

Bilan d'activités 2001-2002

Rapport déposé le 12 mars 2003

106-06100/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

Prix : 7,00 $

Ce document figure à la section Documentation du site Internet de la Régie régionale de Montréal : www.santemontreal.qc.ca

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003

ISBN 2-89510-121-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003

REMERCIEMENTS

Nous remercions nos partenaires fiduciaires régionaux pour avoir participé activement aux travaux d'évaluation des programmes «Oxygénothérapie à domicile» et «Chaussures orthétiques».

Madame Francine Mitchell
Chef de service
Service régional de soins à domicile
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Madame Denise Mauger
Directrice des programmes d'aides technologiques
Institut de réadaptation de Montréal

Nous remercions également madame Martyne Audet, ergothérapeute, chargée de projet pour la mise en commun des aides techniques du regroupement des CLSC du Centre-Est et de l'Est et madame Hélène St-Marseille, conseillère au CLSC Pierrefonds dans le cadre de l'implantation du projet «Répertoire des aides techniques» pour leur précieuse collaboration.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de gestion des programmes d'aide matérielle pour leur contribution inestimable et leur dévouement.

Madame Monique Labrie, technicienne en administration
Madame Francine Lortie, secrétaire-commis senior
Madame Lise Lavoie, commis-senior

Paul Trahan, conseiller
Gestionnaire des programmes

Benoît Major, ergothérapeute
Conseiller aux établissements

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION 1

2. LES PROGRAMMES EN GÉNÉRAL
   - 2.1 LE PORTRAIT DES DEMANDES RETENUES 4
   - 2.2 LA SITUATION BUDGÉTAIRE GLOBALE 4
   - 2.3 LA GESTION 5

3. LES AIDES À LA VIE DOMESTIQUE ET À LA VIE QUOTIDIENNE

   - 3.1 LE GUIDE DE GESTION 8
     - 3.1.1. Les principes généraux 8
     - 3.1.2 Les principes de gestion 8
     - 3.1.3 La clientèle couverte 8
     - 3.1.4 Les modalités d'attribution 9

   - 3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION 10
     - 3.2.1 Le portrait de la demande 10
     - 3.2.2 Le portrait des aides fournies 11
     - 3.2.3 La priorisation des demandes 11
     - 3.2.4 Le portrait de la clientèle desservie 12
     - 3.2.5 La situation financière 12

   - 3.3 LA GESTION 13
     - 3.3.1 Les ulcères de décubitus 13
     - 3.3.2 L'évaluation des technologies 14
     - 3.3.3 Prêts régionaux 15
     - 3.3.4 Arrimage avec les autres programmes d'aides techniques 15
     - 3.3.5 P.A.I.P. 15
     - 3.3.6 Session d'information destinée aux intervenants 16

   - 3.4 RECOMMANDATIONS 16

4. LES FOURNITURES POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION

   - 4.1 LE GUIDE DE GESTION 17
     - 4.1.1 Les modalités d'attribution 17

   - 4.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION 18
     - 4.2.1 Le portrait de la demande 18
     - 4.2.2 Le portrait des fournitures attribuées 19
     - 4.2.3 Le portrait de la clientèle desservie 20

4.2.4 L'accès au programme 20
4.2.5 La situation financière 20

4.3 LA GESTION 21
4.3.1 L'engagement de fonds 21
4.3.2 La liste d'attente 21
4.3.3 La reddition des comptes 21
4.3.4 Les achats de groupe 22
4.3.5 Session d'information destinée aux intervenants 22

4.4 RECOMMANDATIONS 23

5. LES CHAUSSURES ORTHÉTIQUES

5.1 LE GUIDE DE GESTION 24
5.1.1 Objectifs du programme 24
5.1.2 Clientèles admissibles 25
5.1.3 Modalités d'attribution 25

5.2 L'ÉTAT DE SITUATION 25
5.2.1 Le portrait de la demande 25
5.2.2 Le portrait des aides fournies 26
5.2.3 L'accès au programme 26
5.2.4 La situation financière 26

5.3 LA GESTION 27

5.4 PARTENAIRE 27

6. OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

6.1 LE GUIDE DE GESTION 28
6.1.1 Les modalités d'attribution 28

6.2 L'ÉTAT DE SITUATION 28
6.2.1 Le portrait de la demande 29
6.2.2 Le portrait des aides fournies 29
6.2.3 Le portrait de la clientèle desservie 30
6.2.4 Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil 31
6.2.5 L'accès au programme 32
6.2.6 L'oxygène de déambulation 32
6.2.7 La situation financière 33

6.3 LA GESTION 34

7. LE FONDS DE SUPPLÉANCE RÉGIONAL

7.1 Le cadre de gestion 35

7.2 L'état de situation 35
7.2.1 Le portrait de la demande 35
7.2.2 Le portrait de la clientèle 36
7.2.3 Le portrait des aides fournies 36
7.2.4 L'accès au programme 36
7.2.5 La situation financière 37

7.3 La gestion 37
7.3.1 Représentations du conseiller 37
7.3.2 Appareil VAC 37
7.3.3 Le guide de gestion 38

7.4 Recommandations 38

8. AIDES NON COUVERTES

8.1 Le cadre de gestion 39

8.2 L'état de situation 39
8.2.1 Le portrait de la demande 39
8.2.2 Le portrait de la clientèle 39
8.2.3 Le portrait des aides fournies 40
8.2.4 L'accès au fonds 40
8.2.5 La situation financière 41

8.3 La gestion 41

9. MISE EN COMMUN DES PARCS D'ÉQUIPEMENT

9.1 Principales retombées 42
9.2 Achats regroupés 43
9.3 Répertoire électronique des aides techniques 44
9.4 Inventaire et terminologie 44
9.5 Formation des manufacturiers 44
9.6 Entretien préventif 45
9.7 Expertise technique 45
9.8 Normes et contrôle de qualité 45
9.9 Volet informatique 45
9.10 Avenir du projet 46

10. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

10.1 ADMINISTRATION GÉNÉRALE DES PROGRAMMES 47
10.1.1 Ressources humaines 47
10.1.2 La consolidation des deux regroupements existants 47
10.1.3 La création de regroupements pour tous les CLSC 48

10.2 PROGRAMME AVQ-AVD 48
10.3 PROGRAMME FOURNITURES D'ÉLIMINATION 49
10.4 PROGRAMME AIDES NON COUVERTES 49
10.5 PROGRAMME FONDS DE SUPPLÉANCE 49

1 INTRODUCTION

En octobre 1998, la gestion de certains programmes d'aide matérielle pour les personnes handicapées au sens de la Loi a été transférée de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les objectifs suivants étaient alors poursuivis[1] :

- Améliorer les services d'attribution et de distribution des aides aux personnes ayant des incapacités ;
- Harmoniser l'attribution et la distribution des aides, par une couverture uniforme assurée à toute la population handicapée du Québec ;
- Permettre une meilleure réponse aux besoins des personnes ayant des incapacités en s'assurant qu'elles possèdent les aides nécessaires à leur autonomie et leur sécurité ;
- Simplifier les procédures administratives pour la clientèle et les intervenants chargés de l'application du programme ;
- Donner au Ministère et aux organismes concernés par des personnes ayant des incapacités, un portrait des aides fournies, des usagers desservis, des coûts et des mesures à prendre pour corriger des iniquités.
- Le transfert s'accompagnait d'un guide de gestion pour chacun des programmes.

Suite à ce transfert, le MSSS a décentralisé la gestion de certains programmes aux régies régionales et a nommé des fiduciaires nationaux pour certains autres. Ce bilan traite des programmes qui ont été décentralisés aux régies.

Au moment du transfert, les régies avaient un choix à faire au niveau du mode de gestion à adopter pour ces programmes. La Régie régionale de Montréal-Centre a alors opté pour la mise en place d'un mode de gestion centralisé et s'est appropriée la gérance des programmes. Cette situation devait être en place seulement pour une période de transition nous permettant de dégager une vision globale sur la situation concernant ces programmes.

Aux cours des années suivantes, un important travail a été fait pour mettre en place des mécanismes visant l'efficacité et, par la suite, l'efficience dans notre gestion de ces programmes. Ces opérations ont mené à la création d'un formulaire de demande unique pour les intervenants, de notre base de données et à la mise en place de certains projets-pilotes visant toujours l'optimisation des ressources financières et matérielles à notre disposition.

[1] MSSS (1998), Instauration d'un programme sur les aides à la vie domestique et à la vie quotidienne, p. 4

En parallèle, plusieurs autres modèles se sont développés dans les autres régions de la province : certaines régies ont opté pour la décentralisation de leur budget vers leurs établissements offrant des services directs à la population dès le début. D'autres ont aussi opté pour une gestion centralisée, mais en la confiant à divers fiduciaires tels des organismes à but non lucratif, CLSC ou centres de réadaptation. D'autres modèles de gestion centralisée par la mise en place de comités regroupant divers professionnels, chapeauté ou non par la Régie ont aussi vu le jour.

Une gestion centralisée pendant une période de transition

L'environnement des programmes d'aide matérielle du réseau est extrêmement dynamique. Plusieurs facteurs extrinsèques comme la création de nouveaux programmes, la disparition de certains autres, la modification du fonctionnement de certains programmes existants, l'apparition de nouvelles aides techniques sur le marché, la variation des prix de celles-ci, etc., viennent influencer la réalité quotidienne de nos programmes.

Nous devons constamment nous adapter à ces fluctuations. Ajoutons à ceux-ci certains facteurs intrinsèques, à savoir : une augmentation de la complexité des situations médicales et fonctionnelles des usagers qui demeurent à domicile, le vieillissement de la population et une meilleure connaissance des programmes de la part des intervenants. Tous ces facteurs se traduisent par une augmentation significative du nombre de demandes que nous recevons : nous observons une augmentation de près de 1000 demandes aux différents programmes (excluant les chaussures orthétiques) depuis les 2 dernières années.

Ces réalités font en sorte que nous devons constamment innover pour :

1) assurer une réponse équitable aux usagers qui ont des besoins ;
2) assurer une réponse rapide aux intervenants qui formulent des demandes ;
3) maintenir un équilibre budgétaire.

La décision de gérer ces programmes de façon centralisée a été bénéfique dans ces circonstances, car nous avons pu réagir rapidement aux fluctuations extrinsèques et intrinsèques et même prévenir certaines situations problématiques.

La durée de la période de transition

Les quatre dernières années nous ont permis de dégager un portrait régional sur la situation des aides techniques. Les différents mécanismes mis en place nous ont permis de développer une certaine expertise surtout au niveau de l'admissibilité de la clientèle. L'équité dans le traitement des demandes est optimale à l'intérieur de notre mode de fonctionnement. Nous avons aussi toujours réussi à boucler les exercices financiers de façon équilibrée en utilisant les surplus d'exploitation des autres programmes comme le fonds de suppléance régional et les fournitures d'élimination pour combler le déficit du programme AVQ-AVD. Toutefois, nous croyons avoir atteint les limites à ce niveau. L'augmentation majeure du nombre de demandes que nous recevons jumelée à certains facteurs extrinsèques décrits plus haut diminuent grandement la marge de manœuvre que nous dégageons des autres programmes.

Nous sommes confiants d'avoir acquis au cours des quatre dernières années le savoir nécessaire pour gérer ces programmes de la façon la plus efficace et efficiente. Toutefois, la mise en place du mode opérationnel nous permettant d'atteindre ces objectifs nécessite un positionnement clair quant à l'avenir de ces programmes au sein de la Régie régionale. Le présent bilan exposera nos recommandations quant à l'orientation de ces programmes afin d'assurer l'optimisation des ressources disponibles dans un contexte de continuité avec le virage ambulatoire et avec les réalités démographiques de notre région.

2. LES PROGRAMMES EN GÉNÉRAL

2.1 LE PORTRAIT DES DEMANDE RETENUES

On note que la grande majorité des demandes (64,8%) proviennent des CLSC.

PROVENANCE DES DEMANDES RETENUES							
	AVQ/ AVD	Fonds de suppléance	Élimination	Aides non couvertes	Oxygéno-thérapie 2)	Chaussures orthétiques 3)	Total
CH	30		56				86
CLSC	1589	258	892	15			2754
CR	54		40	181 1)			275
CHSLD					1099		1099
Écoles spécialisées			12				12
Autres : divers			12	12			24
TOTAL	1673	258	1012	208	1099		4250

1) Toutes ces demandes représentent des réparations effectuées sur des fauteuils roulants achetés par l'OPHQ avant le transfert des programmes.
2) Hôpital Maisonneuve-Rosemont, fiduciaire régional
3) Institut de réadaptation de Montréal, fiduciaire régional

Il est intéressant de noter que nous avons franchi le cap des 1000 demandes retenues dans le programme fournitures d'élimination. En 1999-2000, nous avions 738 demandes retenues, ce qui représente une augmentation de 27 % en seulement deux exercices financiers. En AVQ-AVD, nous observons une augmentation de l'ordre de 23 % alors que ceci représente 53 % dans le fonds de suppléance régional, toujours pour la même période de deux ans.

2.2 LA SITUATION BUDGÉTAIRE GLOBALE

Le budget disponible correspond au montant global reçu duquel nous avons soustrait 10 % de frais de gestion pour tous les programmes dont les fonds proviennent du MSSS. Aucun frais de gestion ne sont prévus pour le fonds régional de suppléance.

Les dépenses engagées incluent la révision des autorisations de 2000-2001 et les autorisations de l'année financière 2001-2002.

La révision des engagements financiers de l'exercice antérieur pour les programmes «Fournitures d'élimination» et «Oxygénothérapie à domicile» s'effectue au cours de l'exercice subséquent lors du traitement des réclamations des usagers ou des fournisseurs.

Programme	Budget disponible	Révision 2000-2001	Dépenses 2001-2002	Surplus ou (déficit)
Solde de fonds au 1er avril 2001	278 602 $			278 602 $
AVQ – AVD	474 231 $	5 647 $	1 198 370 $	(729 786) $
Fonds de suppléance	510 000 $	13 895 $	158 686 $	337 419 $
Élimination	965 487 $	(164 851) $	993 921 $	136 416 $
Oxygénothérapie	631 706 $	(113 818) $	652 368 $	93 156 $
Chaussures orthétiques	149 116 $	$	149 116 $	
Aides non couvertes	123 385 $	2 122$	64 923 $	56 340 $
Sous-total	3 132 527 $	(257 004 $)	3 217 383 $	(106 455 $)
Autres revenus : **- Revenus d'intérêts** **- Divers**	 88 434 $ 1 939 $			 88 434 $ 1 939 $
Solde de fonds au 31 mars 2002	**3 222 900 $**	**(257 004 $)**	**3 217 383 $**	**262 520 $**

Le 16 janvier 2002, la ministre déléguée à la santé de l'époque, madame Agnès Maltais a fait l'annonce de l'octroi de crédits non récurrents qui devaient être utilisés pendant l'exercice en cours et ce, même dans les programmes où le financement doit être assuré sur une base récurrente tel que les fournitures d'élimination et l'oxygénothérapie. Ainsi, nous avons reçu 263 422 $ pour le programme AVQ-AVD, 187 660 $ pour l'oxygénothérapie et 135 350 $ en élimination.

Étant donné que nous avons reçu ces budgets vers la toute fin de l'exercice financier en cours et que nous allions terminer l'exercice en surplus de toute façon, nous avons reporté ces budgets à l'exercice suivant.

Dans le cadre du Programme Accéléré d'Investissements dans le secteur Public (P.A.I.P.), la Régie régionale de Montréal-Centre a reçu 329 702 $ pour l'achat d'équipements requis pour le maintien à domicile de la population. Après analyse de nos besoins, nous avons utilisé ce montant pour procéder à un rehaussement des inventaires de base des CLSC ainsi que pour l'achat d'un certain nombre de leviers sur rails, de surfaces thérapeutiques et d'appareils VAC servant au traitement des plaies.

2.3 LA GESTION

La Régie régionale a retenu 4069 demandes, excluant toutefois les refus, les demandes de chaussures orthétiques (ces dernières étant traitées par l'établissement fiduciaire, l'Institut de réadaptation de Montréal), ainsi que les demandes pour les réparations des fauteuils roulants qui sont traitées par les Services d'Aides Techniques (SAT) des centres de réadaptation de notre territoire.

- La Régie régionale a consacré une moyenne de quatre postes au traitement des demandes, soit :

  - ✓ un ergothérapeute à temps complet ;
  - ✓ une secrétaire qui consacre environ 80 % de son temps à ce mandat ;
  - ✓ une technicienne en administration à temps complet ;
  - ✓ une commis à temps complet.

  Il est intéressant de noter que le nombre de postes affecté à la gestion de ces programmes a demeuré inchangé depuis octobre 1998 malgré le fait que le nombre de demandes que nous traitons a considérablement augmenté. Aussi, malgré le fait que ces programmes sont maintenant vieux de quatre ans à la Régie, deux de ces postes demeurent temporaires.

- De plus, une commis à l'entrée de données a été embauchée de façon contractuelle pendant la période plus achalandée de l'année, soit début mars à fin juin (période de renouvellement des demandes de fournitures d'élimination). Cette personne a été recrutée via une agence, car aucun candidat n'était disponible sur la liste de rappel à la Régie régionale. À chaque année, cette situation se reproduit et cause régulièrement des problèmes : notre technicienne senior, qui est présente depuis le transfert des programmes, doit alors assurer une période de formation pour cette personne ET superviser celle-ci. Toutefois, étant donné que tout ceci se produit pendant la période la plus achalandée de l'année, le travail propre à notre technicienne se voit alors retardé. Aussi, la qualité du travail offert par cette contractuelle de l'agence a malheureusement souvent laissé à désirer, ce qui fait en sorte que nous sommes régulièrement avisés par les usagers ou intervenants d'erreurs dans les dossiers qui n'avaient pas été décelées par le personnel permanent vu le surplus de travail.

- Une autre résultante du fait que ces postes soient temporaires est au niveau de la mobilité du personnel : pendant l'exercice 2001-2002, notre commis qui était présente depuis près de deux ans et qui avait acquis une certaines expertise dans son travail nous a quitté pour accepter un poste permanent au sein même de la Régie. Nous avons heureusement réussi à combler ce poste par une personne de qualité mais seulement après avoir entraîné une autre personne qui s'est finalement désistée. Notre technicienne senior a donc dû former deux autres personnes.

- La Régie régionale estime de façon conservatrice que le coût moyen de traitement d'une demande pour le personnel à l'interne seulement se situe autour de 100 $, ce qui couvre la réception de la demande, l'analyse, l'autorisation, le traitement de la réclamation et le paiement. À ceci, le réseau doit ajouter le coût du personnel dans les établissements qui formulent et traitent les réclamations de ces demandes.

- Une règle ministérielle prévoit la possibilité de transférer jusqu'à 10 % du solde d'un programme excédentaire vers un programme déficitaire. Au 31 mars 2002, la Régie régionale a procédé à un transfert de fonds supérieur au 10 % prévu. Le solde des programmes déclarant un surplus a ainsi été transféré vers le programme des aides techniques pour les AVQ-AVD dont le solde d'exploitation était nettement déficitaire. Le solde des crédits régionaux du fonds de suppléance y était également réaffecté. Ces mesures ont permis de finir l'année 2001-2002 sans liste d'attente pour les programmes AVQ-AVD, fournitures d'élimination, chaussures orthétiques, oxygénothérapie de même que pour le fonds régional de suppléance.

- Les aides techniques et les équipements achetés pour les divers programmes transférés de l'OPHQ s'adressent exclusivement aux personnes qui répondent à la définition de personne handicapée au sens de la Loi. Lors de leur retour dans les établissements ou chez le fiduciaire dans le cas du programme d'oxygénothérapie à domicile, ces appareils doivent être intégrés au parc d'équipement de l'établissement et être disponibles pour l'ensemble de la clientèle. Les titres de propriété ayant été transférés à l'établissement, ce dernier est responsable de la valorisation et de la réattribution des aides techniques et équipements de son parc. Notre souhait est que la majorité des établissements feront le choix d'utiliser les aides ainsi récupérées en fonction du besoin identifié, peu importe que l'usager soit considéré comme une personne handicapée au sens de la Loi ou non.

- À cet effet, deux projets-pilotes de mise en commun des parcs d'équipement regroupant 7 CLSC chacun ont vu le jour au cours des dernières années. Nous détaillerons plus tard dans ce rapport les faits saillants fort intéressants de ces projets-pilotes.

3. LES AIDES À LA VIE DOMESTIQUE ET À LA VIE QUOTIDIENNE

3.1 LE GUIDE DE GESTION

Le guide de gestion définit des principes directeurs mais ne formule aucun objectif de résultats.

3.1.1 Les principes généraux

Les principes généraux du programme sont énoncés dans le guide de gestion et se résument comme suit :

- Accessibilité, universalité, gratuité ;
- Équité régionale ;
- Enveloppe fermée ;

3.1.2 Les principes de gestion

Pour ce qui est de la gestion du programme, le cadre de gestion retient les principes suivants :

- Gestion centralisée au niveau régional (malgré ce fait, certaines régies ont décentralisé) ;
- Évaluation périodique ;
- Frais de gestion de l'ordre de 10 % ;
- Processus d'évaluation et de recommandation dissocié de la décision de financer ;
- Propriété publique de l'aide technique.

3.1.3 La clientèle couverte

Le guide de gestion définit comme suit la clientèle visée :

Le programme s'adresse aux personnes qui présentent une déficience motrice, organique ou intellectuelle et qui répondent à la définition légale énoncée à l'article 1, paragraphe g) de la Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées.

«Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une aide technique.»[2]

[2] Guide de gestion article 4.1.1

De plus, l'usager doit résider sur le territoire de la (nouvelle) Ville de Montréal et demeurer à domicile ou dans une résidence de type familial. La demande doit viser une aide couverte ou une catégorie d'aide dans la liste accompagnant le guide de gestion. Aussi, la personne ne doit avoir accès à aucune autre source de financement public ou privé comme le LAAA, la CSST, la SAAQ, l'IVAC, la RAMQ, la Sécurité du revenu ou un régime d'assurances personnelles. Dans ces deux derniers cas, la Régie peut défrayer la partie non couverte par le premier agent payeur.

La clientèle suivante n'est donc pas admissible au programme AVQ-AVD : les personnes dont l'incapacité n'est pas jugée significative et persistante, notamment les personnes en phase terminale ou pré-terminale et les personnes en convalescence, ainsi que les personnes hébergées dans un centre public ou privé et en résidence de type intermédiaire.

3.1.4 Les modalités d'attribution

- L'attestation médicale de la déficience est requise une seule fois et détermine l'admissibilité.
- L'évaluation des besoins de la personne est faite par l'ergothérapeute ou son substitut.

Ces critères d'attribution sont interprétés de façon souple. La Régie régionale de Montréal-Centre considère l'attestation de la déficience par un intervenant professionnel comme étant suffisante. Quant à l'évaluation des besoins, nous acceptons qu'elle soit faite par tout professionnel de la santé ou de la réadaptation du réseau public.

Le cadre de gestion définit quelques principes d'attribution qui se résument comme suit :

- Évaluation globale des besoins et des ressources ; s'inscrire dans le processus d'adaptation / réadaptation ;
- Aide la plus fonctionnelle et la moins coûteuse ;
- Traitement rapide de la demande ;
- Mise en place d'un mécanisme de gestion du parc d'aides techniques.

3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION

3.2.1 Le portrait de la demande

Au cours de l'exercice financier 2001-2002, le programme a accepté 1246 nouvelles demandes soit (85 %) des 1461 demandes formulées.

AVQ – AVD TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées	**1 246**
Refusées	**62**
Usager non admissible	4
Aide technique non admissible	18
Autre financement	16
Prêt du CLSC	20
Autres	4
Annulées	**159**
Annulées par l'établissement	70
Autre financement	1
Décès de l'usager	20
Hébergement de l'usager	15
Pas de suivi de l'établissement	37
Autres	16

Les demandes retenues provenaient en très grande majorité (95 %) des CLSC (identique à l'an passé).

Il est important de spécifier qu'aux 1246 nouvelles demandes qui ont été acceptées en 2001-2002 doit s'ajouter 427 transactions additionnelles qui ont dû être traitées par notre technicienne et notre commis. Ces transactions additionnelles sont des demandes de modification des autorisations octroyées (lorsqu'il y a une différence entre le prix de l'autorisation octroyée et le montant réel de la transaction) ou de renouvellement dans les cas de location (surfaces thérapeutiques, lits, etc.).

Ceci signifie aussi que 34,2 % des autorisations octroyées doivent ultérieurement être modifiées.

AVQ – AVD PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	1 589
Centres de réadaptation	54
Centres hospitaliers	30
CHSLD	0
Écoles spécialisées	0
Total	**1 673**

3.2.2 *Le portrait des aides fournies*

Les données proviennent de 1673 demandes documentées sur la base de données de la Régie. On notera qu'une demande peut viser plus d'un article.

TYPES D'AIDES FOURNIES AVQ – AVD	
Aides utilisées dans la salle de bain	406
Aides utilisées dans la chambre à coucher	800
Aide aux transferts	221
Aide à la posture et au changement de position	95
Aides utilisées dans la cuisine	46
Aide pour les soins personnels	26
Aide pour la préhension	27
Aide à l'habillage	13
Aide à la signalisation	25
Aide pour l'alimentation	11
Aides ayant trait à la personne	3
Équipement de surveillance et de diagnostic	0
Total	**1 673**

La majorité des aides techniques fournies sont dans les catégories suivantes : pour la chambre à coucher, pour les transferts ou pour la posture, ce qui est conséquent aux paramètres de priorisation des demandes que nous avons mis de l'avant.

3.2.3 *La priorisation des demandes*

Comme les dernières années, seules les demandes qui visaient un besoin considéré comme urgent ou prioritaire ont été traité dans un délai rapide de 24 heures à une semaine. Toutes les autres demandes ont été placées en liste d'attente et ont été traitées seulement après que nous ayons établi clairement que les budgets seraient suffisants pour répondre à ces demandes.

Les paramètres guidant les conseillers pour identifier les demandes urgentes et prioritaires étaient les mêmes que les années antérieures, à savoir :

- *L'équipement est requis pour le retour à domicile de l'usager ;*
- *La santé de l'usager est compromise (ex. risque d'hospitalisation) ;*
- *La sécurité de l'usager et des aidants est menacée (ex. : transferts non sécuritaires requérant l'utilisation d'un lève-personne) ;*
  L'absence d'équipement entraîne une augmentation de certains services requis à domicile (ex. : soins infirmiers pour traitement de plaies).

3.2.4 Le portrait de la clientèle desservie

La clientèle desservie se compose de personnes de tous les groupes d'âge.

AVQ – AVD RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (0-17)	146
Adultes (18-64)	766
Personnes âgées (>65)	761
Total	**1673**

Il est important de noter que les demandes reçues pour les personnes âgées représentent 45 % de toutes les demandes reçues, ce qui est identique aux personnes adultes. Le nombre de demandes reçues pour les personnes âgées est similaire au dernier exercice. Toutefois, les demandes reçues pour la clientèle adulte a augmenté de l'ordre de 31 %. Quant aux enfants, la demande a augmenté de 66 %. Les conseillers avaient effectivement remarqué une augmentation du nombre de demandes reçues de la part de centres de réadaptation spécialisés pour la clientèle pédiatrique.

3.2.5 La situation financière

Les demandes acceptées représentent un engagement de fonds de 1 204 017 $.[3]

On note que le budget du programme AVQ – AVD est très largement déficitaire.

AVQ – AVD SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	1 204 017 $
Budget reçu du MSSS	521 654 $
Frais de gestion	47 423 $
Budget disponible	474 231 $
Déficit	(729 786) $

À ceci s'ajoute la somme de 329 702 $ reçue via le Programme Accéléré d'Investissements dans le secteur Public (P.A.I.P.). Nous avons utilisé 162 005 $ de ce montant pour procéder au rehaussement des inventaires de base dans les CLSC. Pour cette opération, nous avons analysé divers scénarios de répartition des budgets pour finalement conclure que la façon la plus équitable était selon le pourcentage des budgets d'opération accordés pour les services de maintien à domicile des CLSC. Les centres de réadaptation pédiatrique ont aussi reçu un montant forfaitaire. Chaque CLSC a alors reçu une somme avec laquelle il devait rehausser ses inventaires de base (aides techniques légères). Dix-sept CLSC se sont alors

[3] RRMC : Tableau 4 : Répartition des dépenses et nombre de demandes selon le type d'établissement et le type d'équipement, 1er avril 1999 au 31 mars 2000.

regroupés pour uniformiser leurs achats de sorte à obtenir des économies réalisables en procédant en achat de groupe.

Il est important de mentionner que la location et/ou l'achat de surfaces thérapeutiques (curatives et préventives) représentent 443 549 $, soit 36 % de l'engagement de fonds total ou 93,5 % du budget disponible du MSSS.

Nous notons que la location de surfaces thérapeutiques dites curatives utilisées pour le traitement des plaies de pression importantes (stade III, IV et/ou X) a représenté 174 367 $ en 2000-2001 et 264 811 $ en 2001-2002. C'est donc dire qu'il y a eu une augmentation de 51,9 % seulement pour ce poste budgétaire.

À cet effet, nous avons investi 167 897 $, puisé du budget reçu du P.A.I.P., pour acheter neuf surfaces thérapeutiques et quatre unités VAC qui sont des appareils maintenant utilisés dans le traitement des plaies. Nous avons incorporé ces surfaces et appareils dans notre parc régional d'équipement, ce qui nous permet d'éviter de louer des surfaces de façon répétitive.

3.3 LA GESTION

3.3.1 Les ulcères de décubitus

Cette année encore, nous pouvons remarquer des sommes considérables investies pour les équipements nécessaires au traitement des ulcères de décubitus (plaies de pression). À cet effet, nous avons investi une grande partie des sommes reçues via le P.A.I.P. pour acheter neuf surfaces thérapeutiques et quatre appareils VAC. Nous espérions que cette mesure pourrait ainsi contribuer à diminuer les coûts de location de surfaces thérapeutiques et nous croyons avoir atteint cet objectif, mais seulement à court terme. Car, quelques mois à peine après avoir acquis ces surfaces, nos locations étaient revenus pratiquement au même nombre observé avant ces achats.

Nous remarquons que la demande s'est modifiée au cours des années : alors qu'il y a deux ans, nous recevions des demandes seulement pour des plaies importantes (stade III, IV ou X), nous recevons maintenant régulièrement des demandes pour des usagers avec des plaies de stade I ou II et même des usagers qui n'ont pas de plaies. L'approche marketing des distributeurs est sûrement partiellement en cause, mais l'ensemble de la situation nous porte à nous questionner sur les protocoles de traitement en vigueur dans les établissements. Nous savons que dans d'autres régions, de tels protocoles existent et leurs résultats semblent fort intéressants : diminution des périodes d'utilisation des surfaces thérapeutiques, prise de décision multidisciplinaire quant à l'utilisation des surfaces et à l'implication obligatoire de divers professionnels, incluant les médecins, dans la prise de décision d'utiliser des surfaces ainsi que la durée de l'utilisation.

Aussi, une nouvelle problématique est apparue lorsque des usagers utilisant des surfaces thérapeutiques étaient orientés en hébergement temporaire, car ces centres possèdent très peu de ce genre d'équipements ou les surfaces qu'ils possèdent sont déjà utilisées. Nous avons alors accepté de poursuivre le financement de ces locations ou de transporter nos surfaces dans ces centres étant donné que ceux-ci ne possèdent pas les ressources nécessaires. Toutefois, nous avons rencontré

certaines complications et nous croyons qu'il faudrait établir une politique applicable à ces situations qui risquent de se répéter plus fréquemment dans le futur et qu'elle soit mise en place avec nos collègues à l'hébergement.

Finalement, depuis notre acquisition d'appareils VAC, nous demandons aux établissements de défrayer le coût des fournitures nécessaires à l'utilisation de ces appareils et nous réattribuons les appareils via notre banque de prêts régionaux. Or, nous avons eu quelques difficultés avec certains établissements qui refusaient de défrayer ces fournitures. Nous croyons que l'utilisation du VAC ne fera qu'augmenter dans les années futures et nous sommes conscients que le nombre d'unités que nous possédons sera sûrement insuffisant. Donc, la mise en place d'un protocole régional quant à l'utilisation de ces appareils est grandement nécessaire.

L'ensemble des éléments ayant trait aux ulcères de décubitus nous porte à recommander la mise en place d'un protocole régional pour le traitement des ulcères de décubitus incluant l'utilisation des surfaces thérapeutiques et du VAC et les responsabilités de chaque partenaire. Ce travail devrait être fait en collaboration avec nos collègues concernés à la Direction des services de première ligne et des services aux personnes en perte d'autonomie ainsi que d'experts en la matière.

3.3.2 *L'évaluation des technologies*

L'évaluation des aides techniques demeurent problématique pour ne pas dire absente. Des pourparlers ont été initiés avec des gens de l'Agence d'Évaluation des Technologies et Modes d'Intervention en Santé (AÉTMIS) pour sonder le terrain quant à cette possibilité. Un travail de collaboration fut aussi amorcé avec des gens du département de recherche du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau pour l'évaluation des systèmes d'appel d'urgence. Ces derniers prévoient d'ailleurs tenir une formation pour les intervenants professionnels du réseau sur les particularités de certains modèles au printemps 2003.

L'absence de données probantes sur l'efficacité réelle des différents modèles de surfaces thérapeutiques est un élément que nous avions abordé avec les représentants de l'AÉTMIS. Ceux-ci nécessitaient la réception d'un document explicatif exprimant nos besoins, les résultats attendus et la démarche souhaitée. Malheureusement, le conseiller n'a jamais pu se libérer pour rédiger ce document.

L'AÉTMIS avait aussi démontré de l'ouverture pour l'évaluation d'un nouveau type de levier sur rail amovible (Easy-Track) qui ne serait pas défrayé par le Programme d'Adaptation Domiciliaire (PAD) étant donné que le rail est amovible. Conscient des impacts possibles de la venue d'un tel équipement, nous souhaitions en faire l'évaluation avant de l'admettre au programme. Nous en avons alors acquis près d'une dizaine et nous avons demandé aux intervenants des usagers qui en font l'utilisation de nous faire rapport quant à l'efficacité de cet appareil. Aussi, de nouvelles aides techniques font régulièrement leur apparition sur le marché comme de nouveaux lits d'hôpitaux et des leviers à station debout. Toutefois, ces nouvelles aides techniques sont souvent plus coûteuses que celles déjà sur le marché, bien qu'elles offrent souvent des fonctionnalités plus performantes. Quels sont les

capacités de ce programme de payer des aides techniques toujours plus coûteuses avec des budgets identiques ?

Nous croyons donc à la nécessité d'un mécanisme permettant l'évaluation des nouvelles technologies avant de financer celles-ci.

3.3.3 Prêts régionaux

Depuis le transfert des programmes, la Régie régionale de Montréal-Centre a conservé la gestion de certains équipements, notamment les équipements très spécialisés ou très rares comme les surfaces thérapeutiques, les lits d'hôpitaux hors-standards, bancs de transfert coulissants, sièges autosouleveurs ainsi que les équipements pour obèses. Le nombre d'équipements géré de cette façon est approximativement de 410 pièces d'équipement différentes. Le nombre d'équipements que nous gérons en prêt régional a donc presque doubler au cours des douze derniers mois et ne cesse d'augmenter.

3.3.4 Arrimage avec les autres programmes d'aides techniques

Des problèmes d'arrimage avec plusieurs autres agents payeurs : LAAA, SHQ et la Sécurité du revenu persistent. Une rencontre avec les gens du ministère de l'Entraide Sociale pour la région de Montréal et Laval est prévue au cours des prochaines semaines pour tenter de comprendre leurs mécanismes ainsi que leurs critères d'admissibilité. Toutefois, plusieurs problèmes de communication persistent surtout lors de la mise en marché de nouvelles technologies. Nous avions participé à une rencontre avec les gens du PAD en 2001 pour faire le point sur l'admissibilité de certains équipements aux programmes. Malgré le fait que la démarche était fort intéressante, aucun résultat concret en est ressorti.

Nous avons aussi participé à une journée d'échange au ministère de la Santé et des Services Sociaux où tous les différents agents payeurs d'aides techniques du réseau étaient présents.

3.3.5 P.A.I.P

Un des objectifs mentionnés dès le transfert des programmes était que la Régie devait considérer la mise en place d'achats de groupe pour réduire les coûts des aides techniques. En amont, la normalisation des différents modèles d'aides techniques devait avoir lieu. Nous avons utilisé certain montant des sommes reçues du programme P.A.I.P. pour rehausser les inventaires de base des CLSC. Dix-sept de ceux-ci se sont alors regroupés pour faire un achat de groupe avec le montant qui leur est alloué. Étant donné qu'Approvisionnement-Montréal ne pouvait participer à la démarche à ce moment-là, les CLSC sont allés de l'avant et ont normalisé près de 240 aides techniques légères et ont lancé un appel d'offres avec une quinzaine de fournisseurs. Avec cette démarche, des économies de l'ordre de 20 à 25% ont été réalisées considérant les données de l'ensemble des CLSC participants. Des

pourparlers suivront avec Approvisionnement-Montréal pour que ceux-ci poursuivent la démarche et rendent les résultats disponibles à l'ensemble du réseau.

3.3.6 Session d'information destinée aux intervenants

Les conseillers avaient prévu produire un formulaire révisé et tenir une journée d'information sur les programmes suite à la parution des guides de gestion révisés par le MSSS. Étant donné que cette publication n'a jamais vu le jour, la séance d'information n'a pas eu lieu. Toutefois, le conseiller est allé visiter les trois regroupements d'ergothérapeutes en CLSC de l'Ile de Montréal pour clarifier certains points au niveau du fonctionnement des programmes. Ce type de démarche a été très bénéfique autant pour la compréhension des intervenants que pour la gestion du temps du conseiller qui peut alors répondre aux questions des intervenants.

Le formulaire présentement utilisé doit être révisé afin de diminuer le nombre de rappels que le conseiller doit faire pour obtenir toute l'information nécessaire à l'analyse du dossier.

3.4 RECOMMANDATIONS

Les conseillers à la gestion des programmes transférés de l'OPHQ recommandent la décentralisation des budgets vers les regroupements de CLSC. L'expérience de gestion acquise au cours des quatre dernières années ainsi que l'analyse de nos projets-pilotes de banques communes d'aides techniques nous permet d'affirmer que ce mode de gestion va permettre l'optimisation des ressources disponibles à long terme, et l'assurance d'une continuité dans l'offre de services en ce qui a trait aux équipements nécessaires pour les usagers du virage ambulatoire tout en donnant les outils nécessaires aux établissements offrant des services directs à la population.

Cette application donnerait aux établissements qui offrent des services directs à la population les outils dont ils ont besoin pour desservir adéquatement leur clientèle. Les établissements seraient ainsi libres de mettre en place les structures administratives les plus appropriées pour leurs besoins. L'expertise que nous avons développée au cours des dernières années leur serait évidemment rendue disponible.

4. LES FOURNITURES POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION

Malgré son appellation restrictive, ce programme finance également les fournitures liées aux soins de trachéotomie et aux soins de la peau.

4.1 LE GUIDE DE GESTION

Les principes énoncés dans le cadre de gestion du programme de fournitures pour les fonctions d'élimination sont identiques à ceux qui sont énoncés dans le programme d'aides à la vie domestique et à la vie quotidienne.

4.1.1 Les modalités d'attribution

La clientèle admissible est identique à celle du programme d'aides à la vie domestique et à la vie quotidienne.

Toutefois, les personnes dont le diagnostic entraînant l'incontinence ne les rend pas handicapées au sens de la Loi, par exemple les usagers atteints de cancer de vessie, de prostatisme ou de cystocèle («descente de vessie») sont exclues du programme.

- Une attestation médicale de la déficience décide de l'admissibilité au programme.

- Une attestation annuelle de l'incapacité est soumise par un professionnel de la santé ou de la réadaptation, plus particulièrement une infirmière ou un infirmier, tel que mentionné dans le guide de gestion.

Ces critères d'attribution sont interprétés de façon souple. L'attestation de la déficience par un intervenant professionnel est jugée suffisante, sauf dans les cas litigieux, soit lorsque l'origine diagnostique de l'incontinence n'est pas précisée et qu'elle est déterminante pour établir l'admissibilité de l'usager.

Le conseiller a participé aux travaux du comité sur la révision du guide de gestion ministériel pour ce programme lors du printemps 2001. Le Ministère n'a néanmoins pas encore publié ce guide. Nous avons tout de même ajusté notre pratique pour se conformer aux critères qui doivent faire partie intégrante du guide, notamment en ce qui a trait au nombre minimal de produits utilisés quotidiennement pour rendre la personne admissible au programme.

4.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION

4.2.1 Le portrait de la demande

Au cours de l'exercice financier 2001-2002, le programme a accepté 1027 demandes, soit 85,7 % des 1198 demandes formulées, ce qui est semblable aux données de l'exercice 2000-2001.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées récurrentes	**1012**
Acceptées non-récurrentes	**15**
Refusées	**72**
Usager non admissible	57
Autre financement	13
Autres	2
Annulées	**114**
Décès de l'usager	38
Hébergement de l'usager	23
Pas de suivi de l'établissement	22
Autres	22
Hors territoire	9

L'augmentation du nombre de demandes à ce programme est important : nous avons franchi le cap des 1000 demandes récurrentes, ce qui représente une augmentation de 27,6 % comparativement à l'année passée et 43,5 % comparativement à 1999-2000. Le pourcentage de demandes refusées est inférieur à l'exercice 2000-2001 tandis que le nombre de demandes annulées est augmenté de 256 %. Cette dernière donnée démontre que le taux d'attrition est difficilement prévisible d'une année à l'autre.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	892
Centres hospitaliers	56
Centres de réadaptation	40
Médecins	12
Écoles spécialisées	12
Total	**1012**

Les demandes retenues provenaient en grande majorité des CLSC. Les intervenants de ces établissements ont formulé 207 demandes acceptées de plus que l'année dernière.

4.2.2 Le portrait des fournitures attribuées

Pour le volet récurrent, les données proviennent de 1012 demandes documentées. Les aides fournies visent majoritairement les fonctions d'élimination vésicale et intestinale. On notera qu'une demande peut viser plusieurs catégories d'articles.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION - VOLET RÉCURRENT FOURNITURES ATTRIBUÉES	
Culottes d'incontinence	912
Vidange vésicale par cathétérisme intermittent propre	211
Drainage vésical par sonde à demeure ou par cathéter externe	134
Irrigation vésicale	70
Vidange intestinale	79
Soin de la peau	28
Appareil pour personne stomisée	24
Trachéostomie	10
Fournitures pour appareil à succion	9
Équipements médicaux spécialisés (Appareil à succion)	8
Autres	12
Total	**1499**

Nous notons que la représentation des divers produits est semblable aux années antérieures.

Pour le volet non récurrent, les données proviennent de 16 demandes documentées. On notera qu'une demande peut viser plusieurs catégories d'articles.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION - VOLET NON-RÉCURRENT FOURNITURES ATTRIBUÉES	
Culottes d'incontinences (couches)	4
Appareil à succion et fournitures	10
Irrigation vésicale	0
Vidange vésicale par cathétérisme intermittent propre	0
Appareil pour stomisé	0
Drainage vésical par sonde à demeure ou par cathéter externe	2
Total	**16**

La même situation que l'année dernière persiste au niveau de l'admissibilité des appareils à succion étant donné que le guide de gestion révisé n'a pas encore été publié. Nous incorporons ces appareils, lorsqu'achetés, dans notre banque d'équipements en prêt régional.

4.2.3 *Le portrait de la clientèle desservie*

Le programme dessert tous les groupes d'âge.

ÉLIMINATION – VOLET RÉCURRENT RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (3-17)	329
Adultes (18-64)	226
Personnes âgées (>65)	457
Total	**1012**

Une majeure partie de l'augmentation est attribuable aux personnes âgées.

ÉLIMINATION – VOLET NON - RÉCURRENT RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (3-17)	1
Adultes (18-64)	11
Personnes âgées (>65)	3
Total	**15**

4.2.4 *L'accès au programme*

Toutes les demandes admissibles reçues en cours d'exercice ont été admises sans délai. Toutefois, pour l'année en cours, nous avons engagé 115 % du budget disponible afin de répondre à la demande grandissante. Cette situation nous place dans une situation délicate considérant que ce financement doit être assuré sur une base récurrente.

4.2.5 *La situation financière*

Le programme comporte deux volets pour lesquels les sommes engagées sont respectivement de:

- Volet récurrent **824 097 $**
- Volet non récurrent **4 973 $**

FOURNITURES D'ÉLIMINATION SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	829 071 $
Budget reçu du MSSS	1 062 036 $
Frais de gestion	96 549 $
Budget disponible	1 100 837 $
Surplus	136 416 $

Le surplus budgétaire que ce programme dégage a grandement diminué depuis que la Régie assume la gestion de ces programmes : surplus de 342 472 $ en 1999-2000, 361 413 $ en 2000-2001 et 136 415$ en 2001-2002.

4.3 LA GESTION

4.3.1 L'engagement de fonds

En 2001-2002, le programme a compté en tout temps plus de 1000 dossiers actifs, ce qui représente une augmentation de 26 % au cours des 12 derniers mois. Cette augmentation rapide a eu comme effet l'engagement annualisé de tous les crédits disponibles et la création d'une liste d'attente.

Prenant aussi en considération certains facteurs comme l'attrition du programme et la récupération difficile des montants en souffrance, nous avons engagé 115 % du budget. Malgré tout ceci, nous avons tout de même une liste d'attente, ce qui démontre à quel point le nombre de demandes pour ce programme a augmenté au cours de la dernière année. La plus grande sensibilisation des usagers et des intervenants quant à l'existence de ce programme est sûrement un facteur déterminant qui explique cette augmentation.

4.3.2 La liste d'attente

La mise en place d'une liste d'attente était inévitable étant donné que le financement requis pour répondre à toutes les demandes reçues était supérieur aux crédits disponibles. Cependant, cette situation nous forcera à nous pencher sur la nécessité de prioriser certaines demandes, comme nous le faisons dans le programme AVQ-AVD, car certains usagers sont à plus grand risque de développer des problèmes de santé que d'autres, en l'absence de fournitures appropriées.

De plus, la réponse à la clientèle en attente devra aussi être cogitée, car depuis la mise en place de cette liste d'attente, nous recevons plusieurs appels d'usagers qui sont sur la liste d'attente et qui s'informent sur le moment à partir duquel ils pourront être admis au programme. Étant donné que le programme est saturé, l'admission de nouvelle clientèle ne peut se faire qu'au rythme de l'attrition.

L'attrition au programme représente les usagers qui décèdent ou qui sont hébergés en cours d'exercice financier ainsi que les usagers qui déménagent hors du territoire et enfin certains enfants qui acquièrent la propreté. Or, les données des deux dernières années confirment que ce rythme est imprévisible : 32 dossiers sur 830 pour 4 % en 2000-2001 et 114 dossiers sur 1012 pour 11,3 % en 2001-2002. Nous sommes donc incapables de donner une réponse précise aux usagers quant au moment de leur admissibilité au programme.

4.3.3 La reddition des comptes

Le processus de reddition des comptes demeure fort complexe : nous recevons toutes les factures de nos 1012 usagers dans une période d'approximativement trois mois. Notre commis ainsi que le ressource externe engagée pour cette tâche doivent

alors mettre en ordre ces milliers de factures dont plusieurs comprennent aussi des produits autre que pour l'élimination. De plus, souvent les achats sont faits chez des fournisseurs différents de ceux qui ont soumissionnés et en fonction desquels nous avons établi notre subvention. De fréquentes démarches sont alors requises avec les fournisseurs pour quérir certaines informations : nombre d'unités par paquet, etc.

Pour l'exercice 2001-2002, la totalité des dossiers dégageant des montants en souffrance, c'est-à-dire que le total des pièces justificatives fournies est inférieur à l'avance monétaire (représentant 50% de la subvention annuelle), octroyée au début de l'exercice financier ou à la date de l'admission de l'usager au programme n'ont été finalisés qu'en novembre 2002, soit 7 mois après le début de l'exercice 2002-2003. Nous sommes mal à l'aise lorsque confronté à la réalité que certains individus attendent sur une liste d'attente alors que d'autres usagers tardent à nous faire parvenir leurs factures. Nous avons ainsi récupéré près de 60 000 $ récurrents en novembre 2002 suite à la fermeture de ces dossiers.

4.3.4 Les achats de groupe

Avec l'augmentation de la demande et la saturation conséquente du programme, nous devons innover pour tenter d'optimiser les budgets disponibles. Notre expérience en ce qui a trait aux appels d'offres pour des achats de groupe ont démontré que des économies substantielles de l'ordre de 20 à 25 % pourraient être réalisées. Nous croyons que cette avenue devrait être explorée dans ce programme, ce qui nous permettrait de traiter les demandes d'un plus grand nombre d'usagers avec le même budget.

Nous réalisons qu'un tel changement bouleverserait les habitudes de certains usagers de ce programme. Toutefois, considérant que les avantages sont intéressants, nous sommes confiants que les organismes de défense des droits des personnes handicapées comme le ROPMM serait favorable à une telle orientation.

De plus, ce mode opérationnel nous permettrait de mettre en place un processus de reddition des comptes en format électronique, ce qui aurait aussi comme impact de diminuer la charge administrative nécessaire pour gérer le programme.

4.3.5 Session d'information destinée aux intervenants

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, la parution du guide de gestion révisé n'a pas eu lieu. Certains questionnements pertinents au programme des fournitures d'élimination ont toutefois été répondus lors de la tournée du conseiller auprès des divers regroupements d'ergothérapeutes. Nous avons notamment discuté lors de ces rencontres de l'implication souhaitée des infirmiers(ères) à l'intérieur de leurs équipes multidisciplinaires. Nous demeurons confiants que les guides de gestion révisés apporteront certaines clarifications à ce niveau.

4.4 RECOMMANDATIONS

Les conseillers à la gestion des programmes transférés de l'OPHQ recommandent la décentralisation des budgets vers les regroupements de CLSC. Suite à cette décision, la mise en place de certains des moyens précédemment discutés pourraient être fait pour ainsi assurer l'optimisation des ressources et par le fait même, la réduction du nombre d'usagers sur la liste d'attente.

La décentralisation des programmes d'aides techniques et de fournitures d'élimination aurait aussi pour effet d'augmenter la part de frais de gestion pris à même les budgets pour ainsi offrir une marge de manœuvre intéressante pour les établissements quant à la mise en place de divers mécanismes administratifs.

5. LES CHAUSSURES ORTHÉTIQUES

L'Institut de réadaptation de Montréal agit à la demande de la Régie régionale de Montréal-Centre comme fiduciaire de l'enveloppe budgétaire allouée, pour le financement de chaussures orthétiques.

Le rôle de l'établissement fiduciaire consiste essentiellement à traiter les demandes de financement suite à l'évaluation et à la recommandation effectuées par une équipe de professionnelles dont les connaissances et la pratique permettent d'évaluer les incapacités à la marche en relation avec le port de chaussures orthétiques. Cette équipe doit également avoir une vision intégrée, en rapport avec d'autres services de réadaptation ou d'autres aides techniques.

Le fiduciaire doit s'assurer, dans le cadre de son mandat, que les chaussures attribuées le sont au meilleur rapport qualité-prix et dans le respect de l'enveloppe budgétaire.

L'attribution de chaussures orthétiques fait suite à une recommandation qui permet au fiduciaire de statuer sur l'éligibilité du bénéficiaire et sur l'admissibilité de sa demande.

Le fiduciaire mandate le programme des aides technologiques de l'Institut de réadaptation de Montréal pour dresser un bilan médical du bénéficiaire, pour évaluer la nature et le degré de sévérité de l'incapacité et pour identifier les moyens appropriés pour y remédier.

Les résultats de l'évaluation ayant démontré le besoin spécifique de chaussures orthétiques, le fiduciaire autorise la fabrication desdites chaussures, chez un fournisseur soit du secteur public ou privé.

5.1 LE GUIDE DE GESTION

Les règles énoncées dans le guide de gestion du programme de chaussures orthétiques portent essentiellement sur l'attribution de chaussures orthétiques visant une clientèle handicapée, selon la définition donnée par la Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées. Ces personnes ayant une déficience physique permanente sont limitées dans l'accomplissement d'activités normales entraînant des incapacités sévères à très sévères et elles sont incapables de marcher sans l'aide de chaussures orthétiques ou d'une orthèse adaptée à la chaussure.

5.1.1 Objectifs du programme

Évaluer les incapacités à la marche et préciser le type de chaussures ou d'appareillage requis tout en ayant une vision intégrée, considérant les autres services de réadaptation et les autres aides techniques, s'il y a lieu.

Établir la correction ou la compensation requise à la chaussure ou procurer une chaussure orthétique adaptée aux besoins, afin d'améliorer l'autonomie dans l'accomplissement des activités quotidiennes dans le milieu de vie de la personne.

5.1.2 *Clientèles admissibles*

- Toute personne répondant à la définition de personne handicapée au sens de la Loi ;

- Personne présentant, au niveau du complexe pied-cheville, des anomalies congénitales, des séquelles traumatiques ou pathologiques, des déformations secondaires à une maladie organique ou atteinte neurologique entraînant des incapacités à la marche permanentes, allant de sévères à très sévères et ne pouvant être compensées par le port quotidien d'une chaussure orthétique ou autre appareils orthétiques.

5.1.3 *Modalités d'attribution*

- Chaussure orthétique moulée,
- Chaussure spécialisée,
- Corrections ou compensations apportées à une chaussure commerciale.

Pour faciliter la cueillette d'informations pour le dossier du suivi clinique de l'équipe multidisciplinaire, trois formulaires sont disponibles afin de déterminer l'éligibilité de l'usager.

- Prescription – bilan médical
  - Confirmation de la déficience par le médecin spécialiste

- Évaluation-recommandation
  - Par un professionnel de la réadaptation, agréé par le conseil canadien de la certification des orthésistes prothésistes.

  - Des besoins de l'usager :
    - ✓ Correction ou compensation à apporter;
    - ✓ Chaussure spécialisée;
    - ✓ Chaussure moulée à partir d'une empreinte plâtrée;

- Suivi post-attribution
  - Complété par l'orthésiste
  - Acheminé au fiduciaire
  - Inséré au dossier de l'usager

5.2 *L'ÉTAT DE SITUATION*

5.2.1 *Le portrait de la demande*

Au cours de l'exercice financier 2001-2002, le programme a traité un total de 225 demandes ; 4 demandes ont été refusées parce que les usagers n'étaient pas admissibles au programme.

5.2.2 Le portrait des aides fournies

Chaussures orthétiques **Types d'aides fournies**	
Souliers orthétiques	49
Bottes orthétiques	14
Bottillons	35
Couvre-chaussures	35
Sandales – chaussures spécialisées	18
Semelles plantaires	11
Réparations	29
Total	**191**

5.2.3 L'accès au programme

L'accès à des médecins spécialistes entraîne maintenant très peu de délais. L'ajout de cliniques spécialisées a été mis en place.

5.2.4 La situation financière

Le budget du programme est en situation d'équilibre.

Le coût total des 191 demandes remboursées par le fiduciaire au cours de l'exercice 2001-2002 se chiffre à 94 240 $.

Chaussures orthétiques **Situation financière**	
Engagement de fonds	94 240 $
Budget reçu de MSSS	164 028 $
Frais de gestion	14 912 $
Budget disponible	149 116 $
Surplus	54 876 $

5.3 LA GESTION

La franchise de 75 $ pour chaque attribution de chaussures soulève toujours beaucoup d'insatisfaction de la part des usagers.

Les frais de gestion alloués, soit 10% du budget, couvrent difficilement les dépenses encourues pour :

- ✓ Téléphonie
- ✓ Traitement du dossier
- ✓ Suivi post-attribution
- ✓ Production de rapports
- ✓ Suivi du budget

5.4 PARTENAIRE

Notre partenaire principal pour la conception de la chaussure orthétique est le programme des aides technologiques de l'Institut de réadaptation de Montréal.

Trois sous-traitants ont été retenus pour la fabrication, et ce, à partir du plan d'appareillage recommandé par l'équipe multidisciplinaire. Un délai d'attente d'environ 4 semaines a été évalué pour la livraison de la chaussure orthétique.

A la lueur des compilations effectuées, pour le suivi post-attribution, les usagers sont généralement satisfaits de la qualité du produit.

Les données pour la gestion du programme proviennent d'un système d'information de gestion informatisé qui est supporté par le service administratif du programme des aides technologiques et permet de compiler les statistiques.

6. OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

Le Service régional de soins à domicile (SRSAD) est situé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et agit comme fiduciaire du programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile pour les personnes handicapées.

6.1 LE GUIDE DE GESTION

Le Cadre de référence pour les clientèles nécessitant de l'oxygénothérapie à domicile (révision mai 2000) ne comporte pas de chapitre spécifique faisant ressortir un but ou des principes de gestion, mais plusieurs d'entre eux sont disséminés dans le « Guide de gestion concernant l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées », version 1998. Nous croyons que ce guide de gestion doit être harmonisé rapidement avec le Cadre de référence, révisé mai 2000, afin de dissiper tout quiproquo et d'éliminer les ambiguïtés concernant les clientèles et types d'équipements admissibles au financement.

Au cours de l'année 2001-2002, le Service régional de soins à domicile (SRSAD) et la Régie régionale de Montréal-Centre ont continué à collaborer à l'arrimage de leurs pratiques et à ajuster les modalités de gestion du programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile pour les personnes handicapées.

6.1.1 Les modalités d'attribution

Les modalités sont définies dans le « Guide de gestion concernant l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées », version 1998.

6.2 L'ÉTAT DE SITUATION

Le SRSAD utilise présentement un progiciel de gestion pour l'ensemble de sa clientèle. Dans sa configuration actuelle, le progiciel ne permet pas d'isoler de façon spécifique les demandes relevant du programme sur l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées.

Par ailleurs, les applications informatiques utilisées par la Régie régionale permettent d'identifier précisément la clientèle du programme et la nature de l'aide autorisée.

Le développement de la phase II du progiciel utilisé au SRSAD intégrera des applications permettant de distinguer spécifiquement les clientèles desservies.

Notons que le développement de la phase II est un **préalable incontournable** au transfert du volet administratif du programme sur l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées au SRSAD. Toutefois, une rencontre tenue le 30 juillet 2001 a permis de confirmer que les banques de données de la Régie régionale et du SRSAD sont compatibles.

6.2.1 *Le portrait de la demande*

OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE POUR PERSONNES HANDICAPÉES TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées	**1 460**
Annulées (en cours d'exercice)	**253**
Décès de l'usager	157
Hébergement de l'usager	43
Aide technique non requise	37
Déménagement hors territoire	9
Autres	7

6.2.2 *Le portrait des aides fournies*

Tout le parc d'équipement du SRSAD est informatisé et la base de données contient tous les détails nécessaires à sa gestion. La provenance des équipements ainsi que les sources de financement sont colligées pour chaque appareil. Le parc d'équipement (toutes sources de financement confondues) du Service régional de soins à domicile se compose des appareils suivants :

PARC D'ÉQUIPEMENT DES THÉRAPIES RESPIRATOIRES* SERVICE RÉGIONAL DE SOINS À DOMICILE (SRSAD)		
ÉQUIPEMENTS	**2000-2001**	**2001-2002**
Concentrateurs d'oxygène	707	864
Compresseurs à « haute humidité »	22	23
Compresseurs	411	398
Chariots	118	124
Flutters + Acapella	72	114
Humidificateurs chauffants	74	147
Humidificateurs froids	225	361
Appareils d'oxygène de déambulation	451	486
Régulateurs	925	1067
Régulateurs doubles	5	5
Appareils à succion	21	31
Supports à cylindre	794	892
Tables de drainage		21
Ventilateurs (CPAP, BIPAP, etc.)	272	412
Vibropercuteurs		36
TOTAL	**4 097**	**4 924**
* Source : Service régional de soins à domicile - HMR		

LES AIDES FOURNIES 2001-2002**		
ÉQUIPEMENTS	**2000-2001**	**2001-2002**
Concentrateurs d'oxygène	23	195
Compresseurs – haute humidité	8	
Compresseurs – aérosol	108	27
Flutters	18	13
Humidificateurs chauffants	4	4
Appareils d'oxygène de déambulation	165	48
Régulateurs	29	195
Appareils à succion	7	2
Ventilateurs (CPAP, BIPAP, etc.)	16	11
Cylindres d'appoint	25	5
Cylindres de déambulation	3	1
Tables de drainage		
Vibro-percuteur	3	8
Support pour cylindre E		187
TOTAL	**406**	**704**
FOURNITURES		
Forfaits pour fournitures par catégories d'équipement	**1600**	**1870**
On notera qu'une demande peut viser plus d'un forfait		
* Source : Régie régionale de Montréal-Centre		

6.2.3. Le portrait de la clientèle desservie

La clientèle desservie par le programme de financement correspond à la partie de la clientèle du SRSAD qui répond à la définition d'une personne handicapée au sens de la Loi et aux critères d'admissibilité (diagnostics médicaux et équipements admissibles).

Au cours de l'exercice 2001-2002, le SRSAD a desservi 2 529 usagers, tous programmes confondus, soit une augmentation de 247 usagers par opposition à l'an dernier. De ce nombre, 1 099 ont été admis au programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées, ce qui représente 43,6% de l'ensemble de la clientèle.

Le SRSAD a donc desservi 10,8 % d'usagers de plus que l'an passé et nous notons une augmentation de 15,3% de la clientèle admise au programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées.

Oxygénothérapie – Volet récurrent * Répartition de la clientèle en fonction des groupes d'âges	
Enfants (3-17)	4
Adultes (18-64)	141
Personnes âgées (>65)	885
Total	**1 099**
Source : Régie régionale de Montréal-Centre	

Oxygénothérapie – Volet non récurrent * Répartition de la clientèle en fonction des groupes d'âges	
Enfants (3-17)	3
Adultes (18-64)	45
Personnes âgées (>65)	248
Total	**296**
Source : Régie régionale de Montréal-Centre	

6.2.4. *Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil*

Les problèmes reliés aux personnes présentant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, rapportés au bilan d'activités 1999-2000 et 2000-2001 demeurent entiers. En 2001-2002 ils ne sont toujours pas admissibles au programme de POH.

Les experts et spécialistes dans le traitement des maladies respiratoires considèrent que le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil est un handicap significatif et persistant. Toutefois, les équipements et fournitures reliés aux personnes présentant le syndrome susdit font toujours l'objet d'un moratoire de la part du MSSS.

Le cadre de gestion promis pour déterminer cette clientèle, les critères d'admissibilité et le modèle d'organisation des services tardent encore et apportent des problèmes de gestion et d'organisation des services sur le terrain.

Afin de rehausser le parc d'équipements, pour répondre au besoin de cette clientèle, la Régie régionale de Montréal-Centre a autorisé un fonds spécial de 140 000 $ pour l'achat de ventilateurs nasaux. Cette intervention a permis de réduire la liste d'attente de facon significative.

Une évaluation de la capacité de payer des usagers est faite dans tous les cas, par la travailleuse sociale. Seul ceux qui sont dans l'incapacité de payer se verront octroyer un prêt d'équipement à même le parc du SRSAD. Dans tous les cas, les fournitures utilisées pour la première installation du traitement sont imputées au budget d'opération du SRSAD.

Toutes les fournitures qui doivent être renouvelées, après l'installation du traitement, sont aux frais de l'usager. Dans beaucoup de cas, les usagers sont dans l'incapacité de défrayer ces coûts et le SRSAD n'a d'autres choix que de fournir ces fournitures à même le budget d'opération, sinon la thérapie peut s'avérer inefficace ou être interrompue par l'usager.

Il est fortement souhaité et souhaitable, pour la clientèle, que le moratoire soit levé. Le MSSS devra ajouter nécessairement les ressources financières conséquentes. Les facteurs qui militent en faveur de la levée du moratoire et de la reconnaissance de ce syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil et de son admissibilité au programme d'oxygénothérapie pour personnes handicapées (POH) sont :

- ✓ Incapacité de payer l'équipement nécessaire par la grande majorité des usagers et souvent des fournitures annuelles.
- ✓ Interruption de la thérapie par certains usagers.
- ✓ Utilisation de fournitures inadéquates.
- ✓ Procédure d'évaluation financière de l'usager par la travailleuse sociale coûteuse (chaque évaluation financière prend de 1 heure à 1 heure 15 minutes).
- ✓ Coûts de santé et les coûts sociaux reliés à ce syndrome.

Suite à l'évaluation de la conformité thérapeutique, effectuée en 2000-2001, le SRSAD a procédé à l'analyse de la gestion du parc d'équipements utilisé pour la ventilation nasale ainsi que des prêts, récupération des équipements et des évaluations financières des usagers.

Un processus d'évaluation de la fidélité thérapeutique a été élaboré par le SRSAD et validé par le directeur médical avec les pneumologues spécialistes en la matière de la région Montréal-Centre dans le but d'utiliser de façon optimale le parc d'équipement de ventilateurs à pression continue disponibles.

Suivi	# d'usagers	%
Fidélité thérapeutique	170	61
Surveillance nécessaire	64	23
Intervention en cours	44	16

6.2.5. *L'accès au programme*

Le recours à une liste d'attente demeure toujours inappropriée selon la vision du SRSAD et constitue une voie de dernier recours. La pénurie de personnel soignant que connaît le réseau de la santé actuellement affecte le SRSAD qui, malgré les efforts de consolidation des postes par affichage et de recrutement déployés, manque d'inhalothérapeutes et d'infirmières. À cet égard, l'année 2001-2002 s'est avérée difficile.

Au 31 mars 2002, 105 usagers étaient en attente de services dont 52 usagers présentant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Cette liste d'attente est essentiellement reliée à la pénurie de personnel.

Par ailleurs, au programme POH (programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées), aucun usager n'est en attente d'équipement.

6.2.6. *L'oxygène de déambulation*

Au 31 mars 2002, nous dénombrons 486 appareils de déambulation en circulation.

Nos processus d'évaluations cliniques, des critères de priorisation, d'éligibilité et d'octroi des systèmes d'oxygène portatifs ont fait l'objet d'une révision complète dans le but de rendre l'utilisation de ce type de thérapie conforme aux recommandations de l'Association des pneumologues de la Province de Québec.

Cette révision a eu pour effet de retarder l'élimination de la liste d'attente notée au rapport d'activités 2000-2001 mais a l'avantage d'assurer une gestion rigoureuse et une utilisation clinique judicieuse de ce type d'équipement.

Une réévaluation des coûts reliés aux forfaits des cylindres d'oxygène de déambulation, basée sur l'expérience et une masse critique témoin, a permis de réajuster à la baisse l'engagement de dépenses récurrentes et de réaffecter à la clientèle qui présente des besoins vitaux, les économies réalisées.

Un effort continu d'information des intervenants du réseau de la santé du territoire demeure nécessaire. Il arrive encore que des usagers mal informés s'attendent à recevoir tous les équipements et les fournitures gratuitement, sans évaluation, dès que le SRSAD reçoit une demande.

Le fait que le POH est le **dernier agent payeur** est mal connu dans le réseau et beaucoup d'intervenants, médecins, infirmières, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, ignorent par exemple, que les coûts des équipements de traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil ne sont pas couverts par l'ancien programme, sauf par le ministère de la Solidarité sociale. Quand l'usager atteint 65 ans et a recours au SRSAD, il découvre avec consternation qu'il n'a plus accès aux mêmes conditions d'octroi des fournitures et équipements.

Tous ces éléments constituent malheureusement des sources de conflits entre les intervenants et l'usager, interfèrent dans la relation thérapeutique et parfois même dans le traitement. En effet, certains usagers choisissent d'interrompre leur thérapie plutôt que de payer leurs fournitures.

6.2.7. La situation financière

Le budget autorisé par le MSSS pour l'exercice financier 2001-2002 se chiffre à 694 877 $ auquel s'ajoute une somme non récurrente de 187 660 $ autorisé en fin d'exercice.

Considérant que l'ajout budgétaire de 187 660 $ est de nature non récurrente, nous avons appliqué ce financement à la mise à niveau et au rehaussement du parc d'équipement. Ce budget additionnel devrait être reconduit au cours de l'exercice 2002-2003 sans toutefois avoir l'assurance d'une récurrence pour les exercices suivants.

En 2001-2002, les autorisations d'engagements de fonds se répartissent comme suit :

Volet non récurent (équipements)	515 580 $
Volet récurrent (fournitures)	210 630 $

Oxygénothérapie à domicile Situation financière	
Engagement de fonds	726 210 $
Budget reçu du MSSS	694 877 $
Budget additionnel non r.cur.	187 660 $
Frais de gestion	63 171 $
Budget disponible	819 366 $
Surplus	93 156 $
Source : Régie régionale de Montréal-Centre	

Le surplus de 93 156 $ a été réaffecté au programme AVQ-AVD afin de compenser le déficit de ce dernier.

6.3 LA GESTION

Le Service régional de soins à domicile situé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont assume le volet clinique et prépare des demandes de financement qui sont acheminées par le Réseau de télécommunications socio-sanitaires (RTSS) à la Régie régionale pour autorisation et traitement. La Régie régionale gère l'enveloppe budgétaire régionale, émet les autorisations d'engagements de fonds et traite les réclamations des fournisseurs.

Afin d'assurer une gestion efficace du budget et une réponse rapide aux demandes, le SRSAD a déterminé un montant forfaitaire par catégorie d'équipement pour couvrir le coût des fournitures nécessaires à leur utilisation.

Au 31 mars 2002, les usagers bénéficiant d'une assurance privée dont l'équipement et les fournitures sont partiellement payés par leur assureur n'ont toujours pas bénéficié d'un financement pour la portion non payée par l'assureur.

Une méthode simple et souple reste à trouver pour donner suite au questionnement relié à cette situation : Paiement direct ? Remboursement à l'usager ? Propriété de l'équipement ? Récupération ? Pièces justificatives ?

L'appel d'offres pour renouveler les ententes d'acquisition d'équipements et des fournitures auprès des fournisseurs a eu lieu au début de l'exercice 2001-2002. Cette démarche a permis de réaliser des économies substantielles.

7. LE FONDS DE SUPPLÉANCE RÉGIONAL

7.1 LE CADRE DE GESTION

Le fonds de suppléance est un fonds de crédits régionaux mis sur pied en 1984 dans le but de favoriser et de supporter le maintien ou le retour à domicile. On y retrouve un complément aux programmes AVQ-AVD et oxygénothérapie à domicile pour la clientèle non-admissible aux programmes réservés aux personnes handicapées.

Le cadre de gestion, datant de 1991, comporte un critère tenant compte de la capacité de payer, en tout ou en partie, de l'usager. Il comporte également une limite inférieure de 100 $ et une limite supérieure de 3 000 $ par usager et exclu les demandes de nature récurrente, telles les fournitures pour les fonctions d'élimination.

7.2 L'ÉTAT DE SITUATION

7.2.1 Le portrait de la demande

FONDS DE SUPPLÉANCE TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées (nouvelles demandes)	**174**
Ajustement de demandes acceptées en 2000-2001	**84**
Total	**258**
Refusées	**40**
Usager non admissible	14
Prêt du CLSC	4
Autres	11
Annulées	**57**
Décès de l'usager	20
Pas de suivi de l'établissement	10
Aides techniques non requises	14
Usagers hébergés	5
Autres	8

Nous observons que 84 demandes de l'exercice antérieur ont nécessité des ajustements en cours d'année, ce qui représente 63 % de toutes les demandes acceptées en 2000-2001.

La sollicitation au fonds de suppléance a considérablement augmenté comparativement à l'exercice antérieur : augmentation de 29,9 % et augmentation de 53 % en deux ans.

Les demandes retenues provenaient en totalité (100 %) des CLSC.

FONDS DE SUPPLÉANCE PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	258
Centres hospitaliers	0
Total	**258**

7.2.2 *Le portrait de la clientèle*

FONDS DE SUPPLÉANCE RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants	3
Adultes	81
Personnes âgées	174
Total	**258**

Nous observons une augmentation de 11 % de la représentation des demandes faites pour les personnes âgées, comparativement à l'exercice antérieur alors que la représentation pour la clientèle adulte a diminué de façon symétrique.

7.2.3 *Le portrait des aides fournies*

FONDS DE SUPPLÉANCE AIDES FOURNIES	
Aides utilisées dans la chambre à coucher	144
Aides utilisées dans la salle de bain	64
Équipement médicaux spécialisés	3
Divers et autres	9
Aide au transfert, à la posture et aux changements de position	18
Location appareil VAC + fournitures	20
Total	**258**

La location de l'appareil VAC et l'achat des fournitures s'y rattachant a augmenté de 150 % comparativement à l'exercice antérieur. Cette augmentation est expliquée par le fait que nous avons complété notre «étude non scientifique» sur l'utilisation et l'efficacité de cet appareil au cours de cet exercice.

Comme pour le dernier exercice, la majorité des demandes sont pour des aides utilisées dans la chambre à coucher. Toutefois, le nombre de demandes faites pour des aides utilisées dans la salle de bain a augmenté de près de 600 %.

7.2.4 *L'accès au programme*

La dernière révision du guide de gestion remonte à plus de 10 ans. La situation qui prévaut dans les soins à domicile a grandement changé au cours de ces années. Nous utilisons donc ce fond pour toute la clientèle qui n'est pas admissible aux autres programmes mais qui ont tout de même des besoins. On retrouve donc principalement des personnes en soins palliatifs et plus rarement des personnes avec des incapacités temporaires. Aussi, certaines catégories d'aides techniques qui ne sont pas admissibles aux autres programmes sont parfois considérées dans ce programme, comme des glucomètres parlants pour les aveugles diabétiques.

7.2.5 La situation financière

FONDS DE SUPPLÉANCE SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	172 581 $
Budget reçu de la Régie régionale	510 000 $
Frais de gestion	0 $
Budget disponible	510 000 $
Surplus	**337 419 $**

Le programme ne présente pas de dossiers en attente au 31 mars 2001.

Malgré le fait que nous ayons traité plus de demandes que l'an passé, nous notons tout de même une diminution des engagements de fonds de l'ordre de 16,2 %. **Le surplus d'exploitation du fonds de suppléance a été transféré pour combler le déficit du programme AVQ-AVD en fin d'exercice dans un contexte de vision régionale.**

7.3 LA GESTION

7.3.1 Représentations du conseiller

L'année dernière, nous avions souligné la nécessité de tenir une session d'information suite à la parution des guides de gestion révisés du MSSS. Nous comptions utiliser cette avenue pour clarifier les particularités entre ce programme et celui des AVQ-AVD. Malheureusement, ceci ne s'est jamais produit.

Toutefois, nous nous sommes tout de même déplacé dans divers regroupements d'ergothérapeutes en CLSC. Nous croyons que cette démarche a porté fruit, car les questionnements sur les critères d'admissibilité à ce programme ont diminué en cours d'année. Nous croyons qu'un contact annuel direct de ce type avec les intervenants qui formulent des demandes est grandement apprécié et utile autant pour assurer l'efficience dans la gestion de notre temps et celui des intervenants. Nous devrons assurer un contact direct avec les intervenants qui formulent des demandes de façon régulière au cours des prochaines années.

7.3.2 Appareil VAC

L'appareil VAC (Vaccum Assisted Closure) a fait l'objet d'une étude non-scientifique de notre part l'an passé. Cette « étude » a débuté en 2000-2001 pour se terminer en 2001-2002. Une vingtaine d'usagers ont pu bénéficier de ce traitement et malgré le fait que nous ayons obtenu un très faible taux de réponse aux rapports demandés aux intervenants sur l'efficacité de ce produit (de l'ordre de 33 %), les résultats nous semblaient tout de même fort intéressants.

À cet effet, nous avons décidé d'utiliser certaines sommes que nous avons obtenues du Programme Accéléré d'Investissements dans le secteur Public (P.A.I.P.) pour acheter 4 unités. Nous avons depuis géré ces appareils dans notre banque d'équipement régionale et nous les rendons disponibles aux usagers nécessitant ce traitement. Nous vous rappelons toutefois, tel que mentionné dans le chapitre sur les aides techniques AVQ-AVD, que nous recommandons que l'utilisation de cet appareil soit encadrée par la mise en place d'un protocole de soins pour les ulcères de décubitus, incluant l'utilisation de l'appareil VAC.

7.3.3 Le guide de gestion

Nous avions évoqué dans notre rapport antérieur la nécessité de procéder à une révision du guide de gestion de ce programme. Le guide en vigueur date de 1991 et à plusieurs égards, n'est plus à jour considérant ici tous les changements survenus depuis. Nous nous questionnons plus particulièrement sur la nécessité de vérifier la capacité de payer les aides techniques pour les usagers en situation de fin de vie. Bien que nous ayons amorcé la démarche, dans le but de présenter le fruit de nos travaux à nos collègues de la Direction des services de première ligne et des services aux personnes en perte d'autonomie pour approbation, nous ne l'avons pas complétée.

7.4 RECOMMANDATIONS

Nous recommandons le maintien de ce fonds, car il est nécessaire pour assurer une réponse à la clientèle en soins à domicile. Les crédits obtenus via le programme AVQ-AVD étant nettement insuffisants, le fonds de suppléance vient compléter ce besoin de ressources financières. La décentralisation du fonds de suppléance vers les regroupements de CLSC est absolument nécessaire pour garantir une réponse rapide et équitable pour l'ensemble de la clientèle, plus particulièrement celle desservie par le virage ambulatoire.

8. AIDES NON COUVERTES

8.1 LE CADRE DE GESTION

Le fonds désigné comme «Aides non couvertes» est destiné au suivi des dossiers acceptés par l'OPHQ mais qui ne répondent plus aux critères des guides de gestion. Il sert notamment pour le remplacement et la réparation de fauteuils roulants accordés par l'OPHQ à des usagers qui ne répondent pas aux critères actuels de la RAMQ.

8.2 L'ÉTAT DE SITUATION

8.2.1 Le portrait de la demande

AIDES NON COUVERTES TRAITEMENT DES DEMANDES (À L'EXCLUSION DES RÉPARATIONS DE FAUTEUILS ROULANTS)	
Acceptées	**25**
Refusées	**0**
Annulées	**2**

AIDES NON COUVERTES PROVENANCE DES DEMANDES	
Centres de réadaptation	0
CLSC	15
Centres hospitaliers	0
Cliniques	12
Total	**27**

8.2.2 Le portrait de la clientèle

AIDES NON COUVERTES (À L'EXCLUSION DES RÉPARATIONS DE FAUTEUILS ROULANTS) RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants	2
Adultes	15
Personnes âgées	10
Total	**27**

8.2.3 Le portrait des aides fournies

Le principal poste de dépenses de ce fonds sert aux réparations de fauteuils roulants accordés par l'OPHQ avant le transfert d'octobre 1998. Nous assistons donc à une dépense importante en réparation pour des fauteuils de plus en plus désuets. Certains cas ont aussi fait surface où des coûts de réparation largement supérieurs au coût d'achat d'un appareil neuf avaient été facturés. Une étude approfondie de la situation, en collaboration avec l'OPHQ, est amorcée et impliquera une sensibilisation des Services des Aides Technique (SAT) des centres de réadaptation de la région. Un positionnement devra aussi être arrêté quant à la réponse à donner aux usagers dont le fauteuil exige des réparations à des coûts inacceptables ou ne peut tout simplement pas être réparé.

AIDES NON COUVERTES AIDES FOURNIES	
Réparation de fauteuils roulants	181
Équipements médicaux spécialisés	0
TENS	12
Prothèse capillaire	14
Pompe et vêtement compressif	1
Autres	0
Total	**208**

8.2.4 L'accès au fonds

En l'absence de clarification de certaines règles d'attribution, certains types de demandes sont systématiquement mis en attente. Il s'agit notamment des climatiseurs et des prothèses capillaires. Au 31 mars 2002, nous comptions, en liste d'attente :

- Seize demandes de climatiseurs pour lesquels était prévu un montant forfaitaire de 450 $. Onze de ces demandes sont en attente depuis le 31 mars 1999 et deux nouvelles demandes ont été inscrites au cours de l'exercice financier.
- Dix-huit demandes de prothèses capillaires en attente de décision. Parmi ces dix-huit demandes, neuf sont en attente depuis le 31 mars 1999.
- Aucune demande de TENS, car tous ces dossiers ont pu être traités à la fin de l'année financière.

De plus, certains types de dossiers ont pu bénéficier de financement :

- 15 demandes à 1 380 $ de prothèses capillaires récurrentes transférées de l'OPHQ;
- 8 demandes de prothèses capillaires réadmises sur une base non-récurrente.

8.2.5 La situation financière

Le programme comporte deux volets pour lesquels les sommes engagées sont respectivement de:

- Volet récurrent **7 903 $**
- Volet non récurrent **59 142 $**

AIDES NON COUVERTES SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	67 045 $
Budget reçu du MSSS	135 724 $
Frais de gestion	12 339 $
Budget disponible	123 385 $
Surplus	**22 239 $**

Les surplus ont été transférés au programme AVQ-AVD pour aider à combler l'important déficit.

8.3 LA GESTION

Rappelons que ce programme de financement ne comporte pas de guide de gestion. Les seules balises sont fournies par une lettre du MSSS en précisant les grandes orientations. La gestion du fonds bénéficie donc d'un certain pouvoir discrétionnaire.

Principalement, le fonds désigné comme « Aides non couvertes » sert à la réparation des fauteuils roulants accordés par l'OPHQ pour des usagers qui ne répondent pas aux critères actuels de la RAMQ.

Le Ministère devait déposer un guide de gestion révisé pour le programme AVQ-AVD dans lequel une position claire quant à l'admissibilité de plusieurs aides techniques qui sont traitées dans les aides non-couvertes dans certaines régions du Québec, devait être exprimée. Les premiers échos que nous avons eu nous laissait croire que ce programme serait aboli. Malheureusement, nous n'avons pas encore reçu ces guides révisés du Ministère.

9. MISE EN COMMUN DES PARCS D'ÉQUIPEMENT

Nous avions fait état des projets-pilotes visant à regrouper les parcs d'équipement de quatorze CLSC dans le dernier rapport. Nous présentons ici les principales réalisations de la dernière année.

Ces projets visaient à expérimenter des solutions efficaces et économiques aux problèmes de financement d'aides techniques en supportant la réattribution d'aides techniques valorisées. L'implication d'un partenaire externe a permis de solutionner les difficultés vécues par chacun des CLSC face à l'entreposage, le transport, la désinfection, l'installation et l'entretien des aides techniques prêtées aux usagers. Le volume d'inventaire des 14 CLSC est de plus de 6 000 aides techniques.

Les deux projets de gestion centralisée des aides techniques des 14 CLSC de l'Est et Centre-Est de Montréal ont réussi à implanter des processus de travail harmonieux entre eux et l'entreprise externe sélectionnée.

Les 7 CLSC de la région Centre-Est de Montréal sont : Des Faubourgs, Du Plateau Mont-Royal, La Petite Patrie, Métro, Parc Extension, St-Louis-du-Parc et Villeray. L'entreprise externe qui a été sélectionnée par le regroupement des 7 CLSC du Centre-Est est La Maison André Viger Inc. Le projet a débuté en janvier 2001. Le contrat a été renouvelé jusqu'au 31 mars 2004.

Les 7 CLSC de l'Est de Montréal sont les CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Est / Anjou, Montréal-Nord, Olivier-Guimond, Rivières-des-Prairies, Rosemont et St-Léonard. L'entreprise externe qui a été sélectionnée par le regroupement des 7 CLSC de l'Est est l'organisme à but non-lucratif Systèmes médicaux 2000 Inc. Le projet a débuté à l'été 2001. Ils négocient actuellement le renouvellement du contrat.

Une chargée de projet (ergothérapeute) travaille à temps plein pour les deux regroupements (Est et Centre-Est), soit pour 14 des CLSC de Montréal.

9.1 PRINCIPALES RETOMBÉES

Nous pouvons dégager de façon générale les principales retombées du projet pour chaque CLSC :

- Nous sommes maintenant en mesure de présenter un portrait réaliste des volumes d'inventaire et de transports de chaque regroupement et de mieux saisir les enjeux liés à la gestion d'un parc d'aides techniques sous-régional.

- Les ergothérapeutes et les intervenants multidisciplinaires ont noté une diminution significative des contraintes administratives car ils n'ont plus à négocier avec les usagers et leurs familles des moyens d'assurer le transport, l'entretien, l'installation, etc., des aides techniques.

- Les ergothérapeutes semblent être en mesure de maximiser leurs interventions professionnelles auprès de la clientèle des programmes de soutien à domicile. Un des CLSC participants estime avoir récupéré une journée et demie par semaine de temps clinique en ergothérapie, grâce à ce projet.

- Nous notons une diminution du nombre de demandes de subventions provenant des CLSC participants.

- L'accès facile et rapide aux aides techniques des CLSC a permis de maximiser l'utilisation du parc d'aides techniques.

- Les usagers des programmes de soutien à domicile reçoivent à l'intérieur d'un délai de 24 heures le service de transport réclamé par le CLSC. L'attribution et la récupération des aides techniques sont donc plus efficaces que par le passé.

9.2 *ACHATS REGROUPÉS*

Tel que mentionné dans un chapitre précédent, chaque CLSC a reçu des crédits non-récurrents pour le rehaussement de leur inventaire d'aides techniques légères. Dix sept CLSC de l'Est et du Centre-Est de Montréal (les 14 CLSC des deux regroupements ainsi que les CLSC St-Michel, Pointe-aux-Trembles et Ahuntsic) ont expérimenté l'application d'une entente négociée d'achats regroupés d'aides techniques légères.

Une démarche de normalisation et de planification a dû être faite par les ergothérapeutes. Ainsi, une liste de 240 aides techniques légères a été élaborée. De plus, un volume d'achats approximatif a été identifié, en fonction des budgets accordés.

Puisque l'organisme Approvisionnement-Montréal ne pouvait pas assumer ce nouveau dossier avant septembre 2002, le CLSC Olivier-Guimond a accepté de prendre en charge ce mandat qui a été confié à la chargée de projet.

Un appel d'offres sur invitation a été lancé à 18 distributeurs. Treize offres ont été déposées.

Un comité d'évaluation, composé d'un représentant de la Régie régionale de Montréal-Centre, de gestionnaires et d'ergothérapeutes des CLSC de l'Est et du Centre-Est de Montréal et de la chargée de projet, a sélectionné les 9 distributeurs qui offraient le meilleur prix pour chacun des items et qui acceptaient les conditions de l'entente négociée, valide pour un an.

Chaque CLSC a effectué ses commandes individuellement et a fait livrer la marchandise à l'entrepôt ou au CLSC.

Le pourcentage d'économie des achats regroupés est d'approximativement 23 % en moyenne. Les CLSC qui ont acheté des aides techniques courantes (aides techniques à la salle de bain, à la chambre à coucher, etc.) ont présenté des pourcentages d'économie plus élevés que la moyenne comparativement aux CLSC qui ont commandé plusieurs démonstrateurs variés.

Les CLSC et les 9 distributeurs retenus ont fourni une excellente collaboration pour l'ensemble du processus ainsi que la disponibilité des 2 entrepôts.

L'étape qui a semblé la plus difficile a été la détermination de la liste des 240 aides techniques. Les ergothérapeutes ont eu peu de temps pour effectuer ce travail d'analyse.

9.3 *RÉPERTOIRE ÉLECTRONIQUE DES AIDES TECHNIQUES*

Les CLSC de l'Est et du Centre-Est de Montréal utilisent de plus en plus le «Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds», mais déploraient le fait qu'il était incomplet. Faute de ressources humaines, les CLSC n'étaient pas en mesure de créer de nouvelles fiches, tel que proposé par le CLSC Pierrefonds.

Nous avons donc financé l'embauche de 2 étudiants (supervisés par la chargée de projet) pour un projet d'été.

Deux cent vingt-huit nouvelles fiches électroniques ont été créées, définissant les caractéristiques des aides techniques légères inscrites à l'achat regroupé, les surfaces thérapeutiques (matelas spécialisés) et plusieurs modèles de toiles de lève-personne.

De plus, l'analyse des inventaires des 14 CLSC a permis d'identifier les 660 fiches qu'il faudrait créer afin de s'assurer que toutes les aides techniques en inventaire dans les 14 CLSC possèdent une fiche au «Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds».

9.4 *INVENTAIRE ET TERMINOLOGIE*

Actuellement, chaque CLSC travaille en collaboration avec l'entreprise externe sélectionnée à mieux définir leur inventaire. Ils ajoutent l'identification des caractéristiques spécifiques de chaque aide technique et s'assurent de la concordance de leur inventaire.

Une comparaison de l'écriture des descriptions des aides techniques inscrites au «Module de prêt d'équipement» des 14 CLSC a été faite. Une révision de la terminologie du CRIDEAT sera nécessaire afin de favoriser l'uniformisation de l'écriture au logiciel et au «Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds».

9.5 *FORMATION DES MANUFACTURIERS*

Deux formations ont été organisées pour le personnel des deux entrepôts (La Maison André Viger Inc. et Systèmes Médicaux 2000 Inc.). Ainsi, les manufacturiers DDI Inc. et Span America Inc. ont offert gracieusement de l'information concernant l'entretien régulier et préventif de leurs produits.

9.6 ENTRETIEN PRÉVENTIF

L'entretien préventif des aides techniques des 7 CLSC Centre-Est de Montréal a été effectué.

L'entretien préventif des aides techniques a été implanté à un CLSC du regroupement des CLSC de l'Est de Montréal à l'automne 2002.

Treize grilles d'entretien régulier et préventif ont été élaborées par la chargée de projet, en collaboration avec l'Association de la santé et de la sécurité de travail, secteur des affaires sociales.

9.7 EXPERTISE TECHNIQUE

L'expérience de cette année nous a permis de détecter le grand besoin des intervenants de bénéficier de l'expertise conseil de l'entreprise externe tant pour les aides techniques à l'entrepôt qu'à domicile.

9.8 NORMES ET CONTRÔLE DE QUALITÉ

Il y avait peu de normes de désinfection, d'entretien et d'entreposage inscrites aux cahiers de charges et aux contrats.

Nous avons élaboré le document : «Définitions, procédures et normes de qualité pour l'entreposage, l'entretien régulier et préventif, l'installation, la distribution, la réparation et la revalorisation des aides techniques…».

Nous désirons développer des mécanismes de contrôle de qualité à l'aide d'indicateurs prédéfinis.

9.9 VOLET INFORMATIQUE

Nous travaillons actuellement à permettre l'accès au «Module de prêt d'équipement» et au «Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds» aux deux entreprises externes.

La phase 2 du projet soit l'envoi des bons de prêt et de retour à l'entreprise externe par télécopieur est implantée. Nous souhaitons être en mesure de mettre en place progressivement l'envoi électronique prochainement. Nous devons nous assurer du respect de la confidentialité des données.

Les deux nouvelles versions du logiciel «Module de prêt d'équipement» (4.03i.6 et 4.04i) seront implantées prochainement dans les CLSC.

9.10 AVENIR DU PROJET

L'expérimentation de la gestion de deux parcs sous-régionaux d'aides techniques est très satisfaisante. Les deux regroupements souhaitent poursuivre l'évolution du projet.

Nous prévoyons mettre en place prochainement une politique et procédure commune de prêt d'aides techniques.

Le projet vise l'implantation des prêts inter-CLSC puis la centralisation en une banque commune.

Le développement d'un réseau informatique entre les 7 CLSC et les entreprises externes est donc essentiel à l'atteinte de l'objectif ultime du projet.

La prochaine étape logique serait alors de leur décentraliser les budgets d'aides techniques. Les regroupements seraient alors totalement autonomes dans la gestion de leur parc d'équipement, ne nécessitant plus de nous demander des autorisations pour l'achat d'aides techniques.

10. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Nous avons recommandé la décentralisation des budgets d'aides techniques et de fournitures d'élimination vers les regroupements de CLSC dans les chapitres antérieurs qui traitaient des programmes individuellement. Nous présenterons dans ce chapitre les éléments qui devront être mis en place suite à une telle orientation afin d'assurer l'optimisation des ressources disponibles et ainsi l'efficience dans la gestion des programmes ainsi que la réduction au minimum des listes d'attente.

10.1 ADMINISTRATION GÉNÉRALE DES PROGRAMMES

10.1.1 Ressources humaines

Sur le plan des ressources humaines, la situation actuelle est source de grande instabilité au sein de l'équipe : les postes de commis senior et d'ergothérapeute sont encore temporaires. Ceci a pour effet une rotation importante de personnel. Or, cette rotation a un effet négatif sur la productivité de l'équipe lorsque nous considérons la période de formation que le personnel permanent doit offrir ainsi que la période de familiarisation requise avant que le nouveau personnel soit confortable dans ses fonctions. Nous avons vécu plusieurs changements spécialement pour le poste de commis senior durant les quatre ans suivant le transfert. Le poste d'ergothérapeute a aussi connu un changement de personnel et la précarité de ce poste n'est guère attrayante pour la personne en place lorsqu'on considère la pénurie actuelle d'ergothérapeutes dans le réseau.

La consolidation de l'équipe en place est primordiale à toute orientation proposée : les postes de commis senior et d'ergothérapeute doivent être considérés comme nécessaires et ces employés devraient être sous contrat jusqu'au moment où la décentralisation des budgets sera complétée. Bien que la nature de leurs tâches respectives sera appelée à changer, leur présence sera nécessaire pour assurer un suivi adéquat avec les regroupements, spécialement lors de la mise en place des structures administratives propres aux différents regroupements.

10.1.2 La consolidation des deux regroupements existants

Les deux projets de regroupement des entrepôts des 7 CLSC de l'Est et du Centre-Est ont démontré les avantages de ce mode de fonctionnement. La valorisation des aides techniques déjà en circulation est alors optimisée. Lorsque nous considérons les déficits importants dans ce programme, nous devons nous assurer que les aides techniques qui ont déjà été défrayées par le réseau soient utilisées à leur plein potentiel. Le regroupement des entrepôts et la mise en commun totale des inventaires des CLSC représentent l'avenue la plus efficace pour atteindre cet objectif. L'entreposage de l'ensemble des aides techniques des CLSC de notre territoire devrait être ainsi. Un travail important sera requis pour consolider la mise en commun des 14 CLSC déjà regroupés et pour initier le même processus pour les 15 autres CLSC de l'île. La décentralisation des budgets vers les deux regroupements déjà en opération dès le printemps 2003 s'avère une méthode fort incitative pour atteindre l'objectif dans l'Est et le Centre-Est.

Il est évident que nous devrons aussi décentraliser la part des équipements que nous gérons présentement de façon régionale aux deux regroupements selon leur représentativité collective (comparée à l'ensemble des 29 CLSC).

Éventuellement, la décentralisation des budgets en fournitures d'élimination aux regroupements combinés à ceux pour les aides techniques donnerait une marge de manœuvre intéressante pour les établissements en ce qui a trait à l'affectation de personnel pour la gestion de ces programmes. Les frais de gestion accordés pour les deux programmes combinés représenteraient des montants appréciables permettant cette flexibilité.

10.1.3 La création de regroupements pour tous les CLSC

Les deux projets-pilotes de l'Est et du Centre-Est nous ont démontré que l'option de regrouper les parcs d'aides techniques était celle à prioriser. La décentralisation des budgets via ces regroupements est alors possible et placera les outils nécessaires pour dispenser des soins à la population sous la gestion autonome des établissements concernés. Ces établissements seront alors libres de mettre en place les structures administratives répondant le mieux à leurs besoins. Devant ce constat, il nous semble impératif que les 15 CLSC ne faisant maintenant pas partie d'un regroupement le fasse et dans les plus brefs délais. L'expérience acquise dans la création des deux regroupements actuellement en fonction serait évidemment mis à contribution. Les alliances naturelles entre les établissements ainsi que les réalités géographiques devront être considérées lors de la mise en place des nouveaux regroupements.

10.2 PROGRAMME AVQ-AVD

- Une démarche de normalisation d'aides techniques légères dans le but de faire un appel d'offres a été fait par 17 CLSC de l'Est et du Centre-Est. Cet exercice a résulté en des économies de près de 25 % comparativement aux prix habituels. Pour maximiser les ressources disponibles, nous devrons procéder par appel d'offres pour l'ensemble de nos aides techniques. L'implication d'Approvisionnement-Montréal sera alors sollicité.

- Les problématiques mentionnées dans les chapitres précédents ont fait état de la problématique importante concernant le traitement des ulcères de décubitus. Nous sommes persuadés que la mise en place d'un protocole de traitement incluant l'utilisation des surfaces thérapeutiques et du VAC est absolument nécessaire. Un comité d'experts en la matière devra être créé pour élaborer ce protocole.

- Nous croyons à la nécessité d'avoir accès à des ressources pouvant procéder à l'évaluation d'aides techniques spécialement lorsqu'il s'agit de nouvelles technologies. Des ententes de collaboration avec divers organismes devront être explorées.

10.3 PROGRAMME FOURNITURES D'ÉLIMINATION

- Une nouvelle réalité a fait surface dans ce programme cette année avec la saturation du budget disponible. Le flot de demandes se maintenant, une liste d'attente a fait son apparition. La réalité économique nous porte à croire que cette situation sera fort probablement permanente. Le nombre de demandes en attente ne fera qu'augmenter. Des paramètres pouvant nous guider dans la priorisation de ces demandes lors de disponibilités budgétaires devront être élaborés. La mise en place d'un comité d'experts sera sûrement nécessaire pour établir des paramètres cliniquement valides.

- Tel que mentionné pour les aides techniques, une démarche d'approvisionnement par appel d'offres pourrait générer des économies substantielles. Bien que cette structure provoquerait des bouleversements majeurs pour les usagers, la possibilité d'octroyer du financement à un plus grand nombre d'usagers avec le même budget devrait faire accepter ce changement spécialement par les regroupements de personnes handicapées.

10.4 PROGRAMME AIDES NON COUVERTES

- Tel que mentionné dans le chapitre traitant de ce programme, nous croyons que ce programme sera aboli. La parution des guides de gestion révisés du MSSS fera la lumière sur cette situation. Une réflexion de notre part sur l'application régionale suivra sûrement la parution des guides révisés.

- Outre ceci, une vérification des pratiques présentement en place entourant les réparations de fauteuils roulants défrayés par l'OPHQ avant le transfert des programmes a été amorcé. Un croisement de nos données avec celles de l'OPHQ a été fait et les trois établissements avec des Services d'Aides Techniques (S.A.T) de notre territoire seront sollicités pour cibler la clientèle qui devrait être couverte par ce programme versus le programme de la RAMQ. Parallèlement, un volet informatique permettant aux trois S.A.T. de coordonner les réparations et d'éviter des réparations multiples sur les mêmes appareils devra être mis en place.

- Finalement, une orientation définitive devra être campée quant aux coûts maximaux que nous sommes prêts à investir dans les réparations d'appareils.

10.5 PROGRAMME FONDS DE SUPPLÉANCE

- Il importe de mentionner de nouveau l'importance pour la Régie de maintenir l'octroi de ces crédits. Ceux-ci sont nécessaires pour englober la clientèle non-couverte par les programmes nationaux et pour combler les importants déficits encourus dans le programme national des aides techniques AVQ-AVD.

- En outre, le guide de gestion actuel datant de 1991, doit absolument être révisé pour y inclure une souplesse pour des clientèles qui n'étaient sûrement pas aussi

nombreuses au niveau des soins à domicile il y a une décennie. Quelques projets régionaux pour la clientèle en soins palliatifs ont vu le jour dans les dernières années, mais aucun de ceux-ci ne persistent à ce jour. Donc, un positionnement pour la clientèle en fin de vie, qui n'est pas admissible aux programmes nationaux, devra notamment être statué.